

2024 - CURSOS LIVRES

FICHA DE INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO PAI OU RESPONSÁVEL AO CURSO (FICHA MÉDICA - TURMAS INFANTOJUVENIL/ ADOLESCENTES)

DADOS DO ALUNO		
Nome do aluno:		
Data de Nascimento: / /	MODALIDADE/ TURMA:	
Endereço completo:		
E-mail:		
Com quem mora o aluno? <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> outro responsável		
Se <i>outro responsável</i> , especificar:		
FAMILIAR		
Nome do Pai:		Nascimento: / /
Profissão:	estado civil:	
E-mail:		
Telefone comercial:	Ramal:	Celular: ()
Nome da Mãe:		Nascimento: / /
Profissão:	estado civil:	
E-mail:		
Telefone comercial:	Ramal:	Celular: ()
Telefone residencial do Responsável: ()		
SAÚDE DO ALUNO		
1. Tipo sanguíneo:		
2. O aluno é alérgico a algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, qual?		
3. Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico ou ortopédico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Especifique:		
4. O aluno tem doença congênita? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual:		
5. Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?		
<input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Catapora/ Varicela		
<input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Outras		
Quais: _____ Quando: _____		
6. É Epilético? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7. É Hemofílico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8. Tem Hipertensão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
9. É Asmático? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
10. É Diabético? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Depende de Insulina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
11. Está fazendo algum tipo de tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		
12. Tem acompanhamento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nome do médico:		telefone:
13. O aluno está ingerindo medicação específica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		

14. O aluno possui necessidade educacional especial? Sim Não

Tipo de Necessidade:

- MÚLTIPLA
- CEGUEIRA
- BAIXA VISÃO
- SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA
- SURDEZ LEVE OU MODERADA
- FÍSICA – CADEIRANTE
- SURDO/CEGUEIRA
- TDAH (TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE)

- FÍSICA – OUTROS
- SÍNDROME DE DOWN
- INTELECTUAL
- TEA (TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA)
- SÍNDROME DE ASPERGER
- SÍNDROME DE RETT
- FÍSICA – PARALISIA CEREBRAL

- TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA
- ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO
- OUTRA: _____

17. Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):

EMERGÊNCIA

18. O aluno possui algum Plano de Saúde? Sim Não

Qual? _____

Nº carteirinha: _____

19. Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual Hospital ou Clínica?

Nome: _____

End.: _____ Tel: () _____

No caso de o aluno ser removido ao Hospital ou Clínica acima mencionado por um representante do Colégio este, se isenta inteiramente de eventual pagamento com o tratamento, o qual caberá ao pai ou responsável que assinou a presente ficha médica e indicou o local de remoção do estudante.

20. Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo aluno, quem deverá ser avisado?

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Celular: () _____

OBSERVAÇÕES:

- ESTA FICHA É A REFERÊNCIA QUE A ESCOLA UTILIZA PARA DIRIMIR DÚVIDAS A RESPEITO DA SAÚDE E AOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE CADA CRIANÇA. ELA CONTÉM IMPORTANTES INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, NECESSIDADES ESPECIAIS E OUTRAS.
- QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS À SECRETARIA.
- AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS/ PRÓPRIO ALUNO QUE AS PRESTARAM, E POSSUEM CARÁTER SIGILOSO.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

_____/_____/_____
